

EMDR PARA EL TRATAMIENTO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Beatriz Montes-Berges, María Aranda y M^a del Rosario Castillo-Mayén

Universidad de Jaén

Resumen

Introducción: La violencia de género es uno de los problemas sociales más graves de nuestra sociedad tanto por su prevalencia (en el pasado año 2010 fueron asesinadas 74 mujeres, y se estima que alrededor del 11.1% de las mujeres andaluzas son maltratadas), como por las consecuencias psicológicas que conlleva en las víctimas. **Objetivos:** En el Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén, atendemos a las mujeres (alumnas, PAS o PDI o familiares de éstos) que han sido o aún son víctimas de violencia de género, con el objetivo prioritario de que superen las situaciones traumáticas y que estén preparadas emocional y cognitivamente para llevar una vida plena con el desarrollo máximo de sus capacidades. Durante la evaluación, entre otras escalas, las usuarias contestan al cuestionario sobre Síndrome de Estrés Posttraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa, 1997), pues los episodios de violencia psicológica, sexual y física extrema que la mayoría de ellas viven, ocasionan en el 100% de los casos este síndrome de manera crónica y acusada. **Metodología:** Para tratar este síndrome se acomete el entrenamiento en técnicas de respiración y relajación y posteriormente el tratamiento con EMDR. Esta técnica consiste en el procesamiento de los sucesos que quedaron bloqueados por el miedo sentido en el momento en que ocurrieron, mediante la movilización de los ojos de manera simultánea a la escucha del episodio, tratando nuevamente de revivirlo. Aplicamos esta técnica con 5 pacientes. **Resultados:** En todos los casos las usuarias superaban la situación en 4 o 5 sesiones de 5 minutos cada una, de manera que posteriormente, informaron de que la situación ya no les producía tristeza ni dolor, y que la habían aceptado. **Discusión:** Estos resultados sugieren que esta técnica es eficaz y rápida en la intervención de sucesos traumáticos de violencia de género, por lo que resulta altamente recomendable para estos casos.

Palabras clave: Violencia de género, EMDR, síndrome de estrés post-traumático.

Abstract

Introduction: Gender violence is one of our worst social problems in our society, because of its prevalence (74 women were killed last year and it is supposed that around 11.1% of Andalusian women are battered), as well as its psychological consequences in the victims.

Aim: In the Psychological Service at the University of Jaén, we assist women (students, lecturers, researchers or administrative and service personnel, or these four last' first-degree familiars) who have been or still are victims of gender violence. Our main goal is they get over the traumatic situations and prepare them emotionally and cognitively in order to manage in their lives in the full possession of their skills. During the assessment, among other scales, the patients answered to the questionnaire about Post-traumatic Stress Syndrome (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasúa, 1997), since the extreme psychological, sexual, and physical episodes that the most of them lives, provoked in the 100% of these cases this syndrome in a marked and chronic way. **Methodology:** Breath and Relaxation techniques, followed by EMDR were applied. This last technique consisted in the reprocessing of the events which stayed blocked because of the fear in the moment they occurred. For this reprocessing, the eye movement simultaneous to the listening of the traumatic episode was asked. This technique was applied with 5 patients. **Results:** In all cases the patients got the situation over in 4 or 5 sessions of 5 minutes each. After that, they reported about the situation didn't make them sadness neither pain, and they have accepted it. **Discussion:** These results suggest that this technique is efficient and quick in the traumatic episode of gender violence intervention, since it seems highly recommendable to these cases.

Keywords: Gender violence, EMDR, post-traumatic stress disorder.

Introducción

En 1980 la Organización de Naciones Unidas declaró la violencia de género (VdG), como el crimen encubierto más frecuente del mundo. Hoy es considerado un importante problema de salud pública y una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la mujer. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), la VdG es la primera causa de muerte en las mujeres entre 15 y 44 años, sorprendentemente con cifras superiores a causas como conflictos bélicos o el cáncer. En la Unión Europea, una de cada cinco mujeres ha sufrido malos tratos por parte de su pareja o ex pareja al menos una vez en la vida (Expósito y Moya, 2005). En nuestro ámbito regional, se estima que alrededor del 11.1% de las mujeres andaluzas son en estos momentos víctimas de violencia de género.

La OMS en 1998 declaró que la violencia doméstica era una prioridad internacional para los servicios de salud; este mismo año se reconoció de forma explícita en nuestro país que la VdG era un problema de estado y así se recogió en el “*Plan de acción contra la Violencia Doméstica*”. El 28 de enero de 2005 entró en vigor la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, y posteriormente, el día 29 de junio del mismo año los Títulos IV y V, referidos a la Tutela Penal y Judicial. Esta Ley, no exenta de polémica, ha sido la respuesta a la reclamación que, desde hace más de tres lustros las asociaciones en pro de los derechos de las mujeres, las noticias, el quehacer diario, los propios gritos silenciosos de las víctimas y en especial de las asesinadas, venían solicitando para obtener una herramienta capaz de prevenir, combatir y erradicar la violencia contra las mujeres, y en su caso facilitar cualquier tipo de ayuda a sus víctimas directas o indirectas (Velasco Rigo y Benito de los Mozos, 2007).

La OMS (1993) define la VdG como “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ocurra en la vida privada o en la vida pública”. La VdG suele desarrollarse en el ámbito privado del hogar, aunque no es exclusivo del ámbito privado, sino que es un problema social y público. Sigue modelos de conducta y comunicación propios de una relación asimétrica en la que el hombre usa los actos violentos para el sometimiento y control de la mujer (Oficina de la Violencia contra

las Mujeres, 2009). El agresor y víctima mantienen o han mantenido una relación de afectividad y la relación entre ellos se caracteriza por la reiteración o habitualidad de las distintas agresiones que progresan en escalada a lo largo de la relación de pareja, incluso una vez finalizada ésta. En esta espiral, la relación presenta distintos tipos de abusos, entre los que destacan los de tipo psicológico, físico, sexual y económico (Torres, 2004).

El ámbito privado de la familia y las relaciones de pareja, constituye un factor de riesgo para las agresiones repetidas y prolongadas. Ante esta situación, las víctimas son incapaces de escapar del control de los agresores ya que se encuentran ancladas a ellos por la superioridad física, la dependencia emocional, el aislamiento social o distintos tipos de vínculos económicos, legales o sociales (Lorente, 2001). Por otra parte, un papel determinante en el mantenimiento de este tipo de violencia, lo desempeñan los estereotipos sociales acerca del papel de la mujer y de las relaciones de pareja. Estudios recientes han mostrado como la dominancia del hombre sobre la mujer en las relaciones de pareja, basada en los estereotipos y roles de género, es la raíz de la violencia de género (Hamby, 1996; Montes-Berges, 2008; Montilla y Montes-Berges, 2009). La conducta violenta en la pareja supone un intento de control de la relación y es reflejo de una situación de abuso de poder (Corsi, 1994).

Las consecuencias psicológicas de la violencia de género en las mujeres víctimas de este fenómeno son muy diversas y complejas. Entre ellas podemos destacar:

- a) **Trastorno de estrés postraumático** (Dutton, 1992; Walker, 1991), que aparece tras la experimentación de un acontecimiento traumático, en el que la persona se ve envuelta en situaciones que representan un peligro real y cierto para su vida o integridad física.
- b) Elevada ansiedad.
- c) Autoestima dañada.
- d) Depresión leve, moderada o severa si el episodio agudo ha ocurrido recientemente.
- e) Embotamiento emocional.
- f) Indefensión aprendida.
- g) Miedo.
- h) Aislamiento.
- i) Deterioro de habilidades sociales.

- j) Sentimientos contradictorios.
- k) Esperanza de cambio.
- l) Autoengaño por la idealización.

El gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén atiende a mujeres víctimas de violencia de género de la comunidad universitaria, es decir del PAS, PDI, estudiantes y familiares en primer grado de los dos primeros colectivos. Entre los objetivos de este servicio se encuentran los siguientes:

1. Concienciarlas de su situación y de que lo que les pasa no es normal, así como que pueden cambiar su situación.
2. Informarlas de los servicios que ofrece el Instituto Andaluz de la Mujer.
3. Ofrecer un servicio de asistencia psicológica básica individual para las consecuencias psicológicas que presentan derivadas de la situación que han vivido.

De esta manera, cuando una usuaria pide cita, es atendida y evaluada mediante una entrevista completa y la realización de las escalas relativas a los problemas que se sospechan y que son propios en la mayoría de casos de violencia de género, entre las que se encuentran, por ejemplo, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), el Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Steer y Brown, 1996) o la escala de evaluación del síndrome de estrés post-traumático de Echeburúa y cols. (1997). Concretamente, en relación al síndrome de estrés post-traumático (SEPT), hemos constatado a través de nuestra experiencia clínica que el 97% de las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a nuestro gabinete porque, bien sufren violencia de género, o bien porque la sufrieron pero ya no mantienen relación con el agresor, manifiestan este trastorno de manera crónica, con puntuaciones mayores a 29, siendo la puntuación directa máxima 51.

Para proceder al tratamiento de este síndrome de estrés post-traumático se decidió entrenar a las pacientes en técnicas de respiración y relajación para posteriormente aplicar la técnica EMDR (por sus siglas en inglés, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), descubierta y desarrollada por Francine Shapiro en 1987. Este método consiste en provocar una estimulación bilateral simultáneamente al recuerdo de la experiencia traumática, de tal manera que esto desencadene una desensibilización y el consecuente reprocesamiento de estas situaciones, así como la desaparición de los síntomas

asociados a este síndrome. Shapiro ha propuesto tres formas de provocar esta estimulación bilateral: a) visualmente, a través del movimiento continuo de ambos ojos que siguen con la vista el dedo en movimiento de la terapeuta; b) auditiva, mediante la escucha alterna de sonidos en ambos oídos; o c) kinestésica, a través del golpeteo suave y alternado sobre las manos u hombros del paciente.

El método EMDR es considerado un tratamiento efectivo para el Trastorno de Estrés Postraumático (Bisson y Andrew, 2007). Esta técnica se basa en el modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información (Shapiro, 2001). Según este modelo, el procesamiento de la información relacionado con una experiencia implica el desarrollo de conexiones con asociaciones adecuadas. De esta manera, dicha experiencia podrá integrarse en un esquema cognitivo y emocional positivo y podrá utilizarse de manera constructiva en el futuro (Shapiro, 2004). Sin embargo, la experimentación de un suceso muy negativo puede impedir el procesamiento de la información se realice correctamente, de manera que la información que se adquiriera durante el transcurso de dicho suceso se mantendría en un estado perturbado. Esta información podría incluir imágenes, sonidos, sentimientos, emociones y sensaciones físicas, y dado que su procesamiento no se ha realizado de manera adecuada, la presencia de estímulos externos e internos podría provocar la aparición de dicha información en forma de alguno de los síntomas del SEPT, como las pesadillas, *flashbacks* o pensamientos intrusivos (Shapiro, 2004).

Según la autora de este método, se hipotetiza que los elementos que se utilizan en el procedimiento de EMDR provocarían un estado fisiológico que facilitaría el procesamiento de la información. Es decir, la estimulación bilateral producida por los movimientos oculares (así como la producida de manera auditiva y táctil) ejercería un efecto en el procesamiento emocional-cognitivo de la información. Esta estimulación desplazaría la información traumática por vías neurofisiológicas apropiadas favoreciendo su resolución debido a, por ejemplo, la conexión con información adaptativa que la persona tiene disponible en este momento. Algunos de los mecanismos que se han propuesto para explicar el proceso anterior son los siguientes:

1. El descondicionamiento causado por la respuesta de relajamiento (Shapiro, 1989a, 1989b; Wilson, Silver, Covi y Foster, 1996).
2. Un cambio de estado cerebral, que aumenta la activación y fortalece las asociaciones débiles (Stickgold, 2002).

3. Factores implicados en el foco de atención dual, puesto que la persona atiende simultáneamente tanto a los estímulos presentes como al suceso traumático pasado.

En este estudio nos planteamos comprobar la eficacia del método EMDR para reducir los síntomas del SEPT en mujeres víctimas de violencia. De esta forma, nuestra hipótesis era que el EMDR reduciría los síntomas de este síndrome en las participantes, de manera que se encontrarían diferencias entre los síntomas evaluados en la fase pre-tratamiento y los evaluados en la fase post-tratamiento.

Metodología

Participantes

Aplicamos EMDR a 5 pacientes mujeres víctimas de violencia de género que habían sufrido graves episodios de violencia física y psicológica. Tres de ellas eran estudiantes de la UJA, y dos eran miembros del PAS. Las edades de las estudiantes se encontraban entre los 19 y 22 años y las de los miembros del PAS eran 43 y 48.

Instrumentos

La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS) (Echeburúa et al., 1997) evalúa la gravedad e intensidad de los síntomas de este trastorno según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Consta de 17 ítems que corresponden a los criterios diagnósticos (5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de activación) y su formato de respuesta es tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. El rango oscila de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15, en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21, en la de evitación; y de 0 a 15, en la de activación. Es una escala con una eficacia diagnóstica muy alta (95,45%). El punto de corte global está en una puntuación directa de 15 y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en la subescalas de reexperimentación, evitación y activación, respectivamente. Las propiedades psicométricas de la escala son muy satisfactorias (Echeburúa y cols., 1997).

Procedimiento

En primer lugar, las participantes fueron evaluadas de SEPT mediante la escala anteriormente descrita. En cuanto a la aplicación de la técnica de EMDR, se llevaron a cabo las 8 fases de las que se compone (Shapiro, 2004):

- 1) Redactar la historia clínica, haciendo especial hincapié en averiguar la experiencia más traumática, las creencias negativas y positivas relacionadas, así como las emociones asociadas con ellas.
- 2) Preparación para aplicar el tratamiento, con la correspondiente explicación sobre en qué consiste la técnica. Previamente se había entrenado a las pacientes en técnicas de respiración y relajación para que mantuvieran los niveles de ansiedad bajos.
- 3) Redacción de la situación o episodio traumático que se pretende desensibilizar. Para ello se le explicaba a la paciente que la redacción ha de ser en primera persona y que debe constar del mayor número de detalles posibles para facilitar su reexperimentación, pero esta vez, provocando su reprocesamiento.
- 4) Desensibilización del episodio traumático, a través de la visualización ocular de movimientos bilaterales. Esta fase se repitió entre 4 y 5 sesiones de menos de 10 minutos dependiendo de los casos particulares. Especificar si las sesiones fueron semanales o de mayor/menor frecuencia.
- 5) Instalación de la creencia positiva que sustituya la emoción negativa que se relaciona con la situación traumática.
- 6) Comprobación de tensiones corporales y grado de ansiedad y emociones negativas, tras la lectura del episodio traumático.
- 7) Finalización de la intervención.
- 8) Reevaluación del SEPT a través de la escala de Echeburúa y cols. (1997).

Diseño y Análisis

El diseño utilizado para cada una de las participantes fue un diseño de caso único de tipo A-B-A, que constituye la versión más simple de los diseños de retirada del tratamiento. Para establecer el grado de variabilidad intrasujeto se realizó un análisis visual

de los datos para conocer el nivel y la tendencia de la conducta (síntomas asociados con el SEPT).

Resultados

Tras la reevaluación de los síntomas de SEPT, las 5 pacientes mostraron las siguientes puntuaciones en comparación con las obtenidas en el pre-tratamiento (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de las puntuaciones directas de las pacientes obtenidas en la medida pre-tratamiento y post-tratamiento.

Participantes	Medidas Pre-tratamiento	Medidas Post-tratamiento
1	37	9
2	44	7
3	35	5
4	29	2
5	32	8

Para realizar el análisis visual, en los Gráficos 1-5 se representan para cada participante las puntuaciones directas de la escala WWW obtenidas en las fases pre y post-tratamiento.

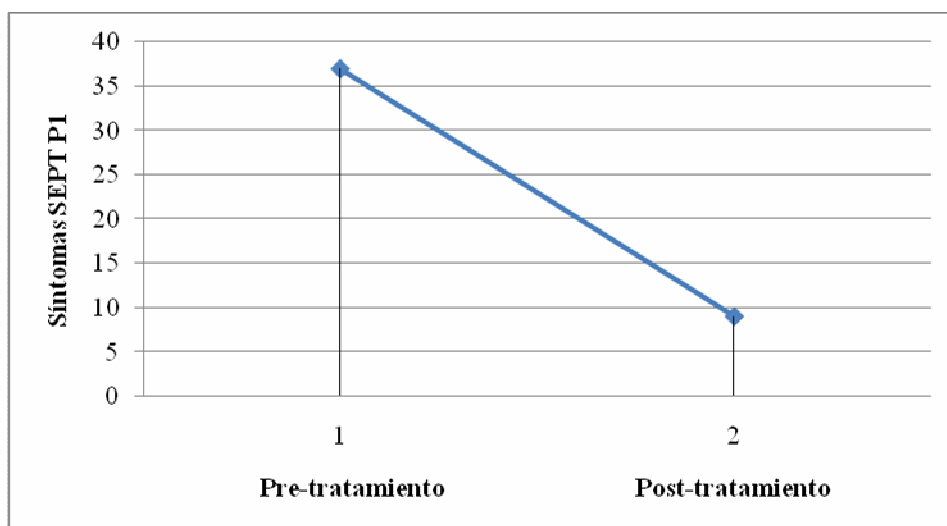


Gráfico 1. Puntuaciones pre y post-tratamiento de la participante 1 (P1).

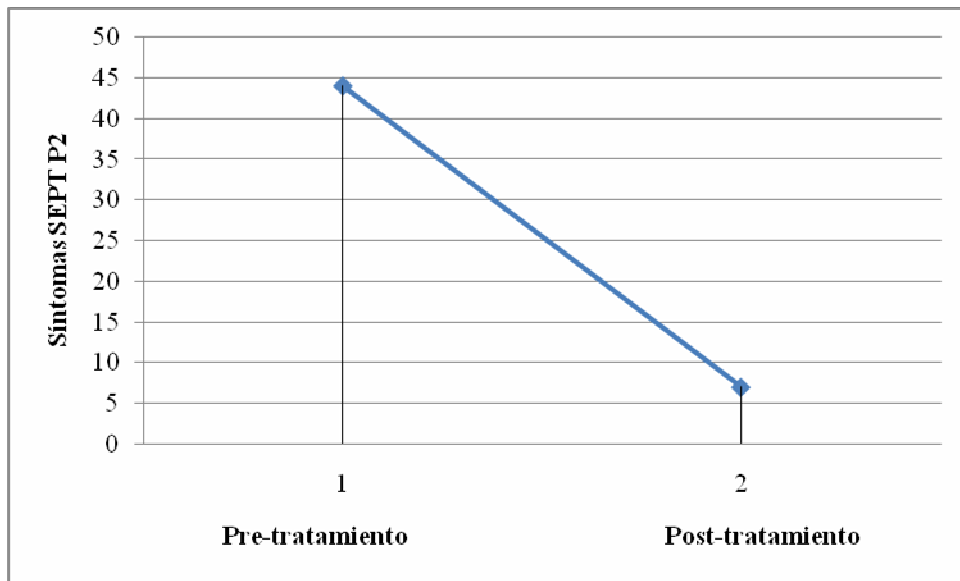


Gráfico 2. Puntuaciones pre y post-tratamiento de la participante 2 (P2).

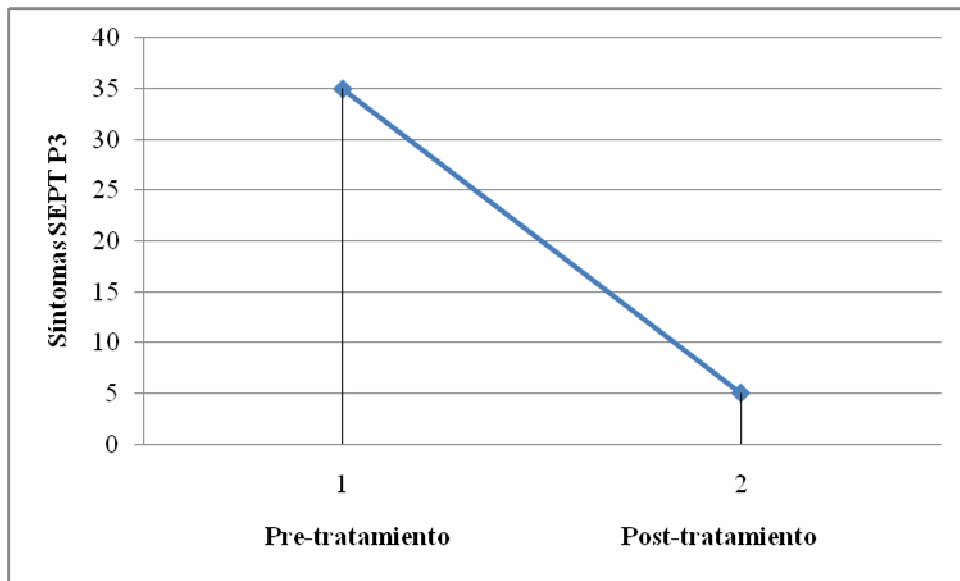


Gráfico 3. Puntuaciones pre y post-tratamiento de la participante 3 (P3).

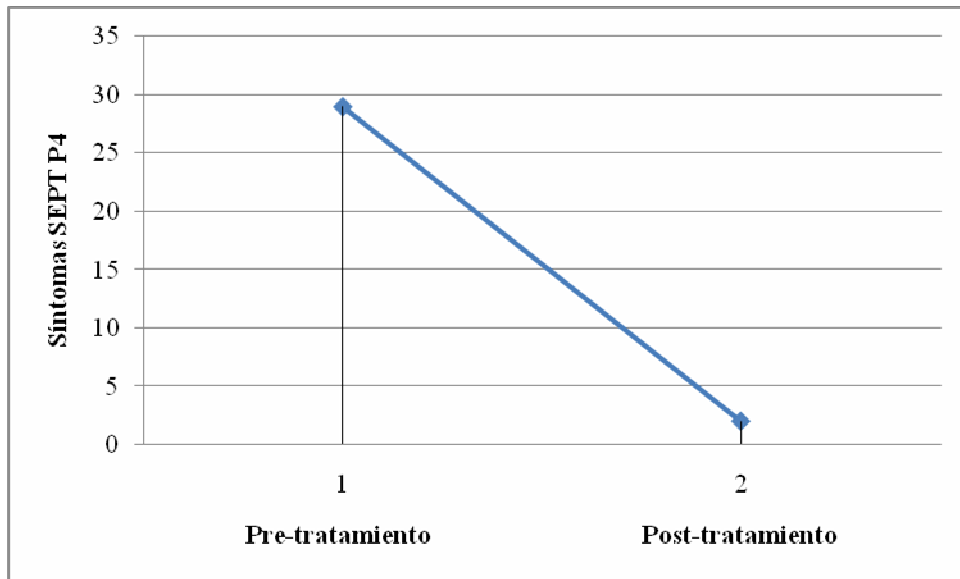


Gráfico 4. Puntuaciones pre y post-tratamiento de la participante 4 (P4).

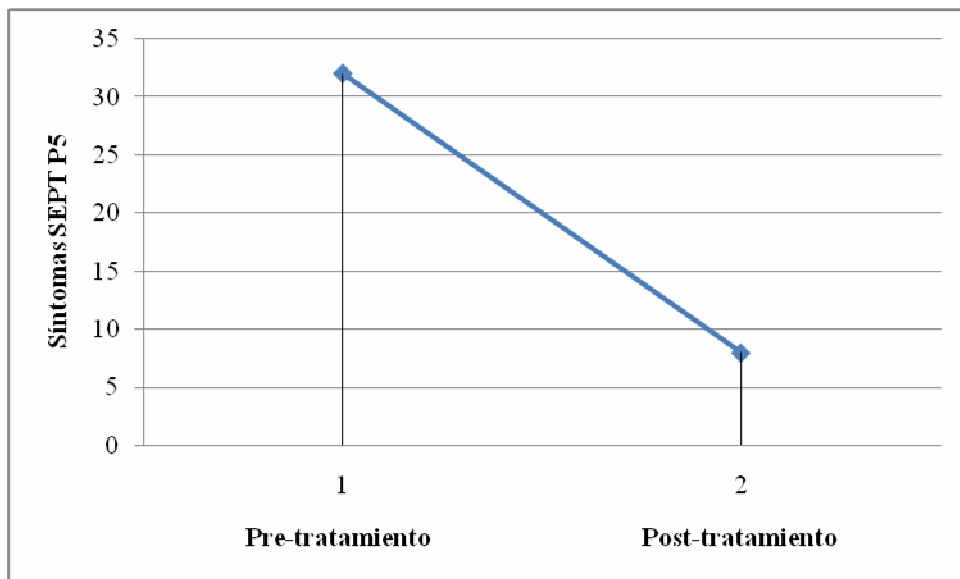


Gráfico 5. Puntuaciones pre y post-tratamiento de la participante 5 (P5).

El análisis visual de los datos refleja un claro cambio en las puntuaciones directas de todas las participantes entre los dos momentos de evaluación de los síntomas de SEPT. Así, mientras que en la fase de pre-tratamiento todas las participantes obtenían altas puntuaciones directas que implicaban un SEPT severo, en la evaluación realizada en la fase post-tratamiento se observó que ninguna de las participantes mostraba puntuaciones por

encima del punto de corte (PD = 15), ni tampoco alcanzaba las puntuaciones mínimas de cada una de las subescalas (5 puntos en la subescala de reexperimentación, 6 en la de evitación y 4 en la de aumento de activación) para ser considerado este síndrome.

Además, tras finalizar el tratamiento con el método EMDR se comprobaron las emociones negativas que las participantes manifestaban tras la lectura del episodio traumático. Así, éstas explicaban que “ya no les dolía”, que “era como si lo viera en una película, pero ya no me duele a mí”, “es como si no fuese conmigo”, “ya no me duele ni me provoca angustia ni pena”, “siento que lo he aceptado y ya no puede dolerme”, etc.

Conclusiones

Los resultados encontrados en la aplicación del tratamiento de EMDR en víctimas de violencia de género que habían sufridos graves episodios de violencia física, psicológica y sexual, demuestran la eficacia de este abordaje terapéutico en estas pacientes. A pesar de que aún existen incógnitas por resolver en el mecanismo a través del cual la técnica de EMDR actúa provocando el reprocesamiento de la información, la evidencia encontrada en estos y otros casos, pone de manifiesto que se trata de una técnica efectiva que conlleva rápidos resultados y una evaluación muy positiva de las pacientes, quienes tras la aplicación de esta técnica manifestaban que el episodio traumático tratado no se asociaba ya con emociones negativas o dolorosas, continuando relajadas y expresando frases positivas derivadas de la superación del episodio.

De esta manera, con este estudio se apoya la evidencia sobre que el método EMDR consigue en las personas con SEPT un procesamiento de la información relacionada con el suceso traumático que resulta más adaptativo, y que les permite superarlo. No obstante, sería deseable que en futuros estudios se contara con más datos para realizar los análisis estadísticos pertinentes, y con ello reforzar las conclusiones aquí extraídas.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed-Tr.)*. Washington, DC: APA.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bisson, J. y Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Art. N°: CD003388. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsystrev/articles/CD003388/frame.html>
- Corsi, J. (1994). *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Dutton, M. A. (1992). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder among battered women. En D. W. Foy. (Ed), *Treating PTSD, Cognitive-behavioral Strategies* (pp. 69-98). Nueva York: Guilford Press.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasúa, (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Expósito, F. y Moya, M. (2005). Violencia de género. En F. Expósito y M. Moya (Eds.), *Aplicando la Psicología Social* (pp. 201-227). Madrid: Pirámide.
- Hamby, S. L. (1996). The dominance scale: Preliminary Psychometric Properties. *Violence and Victims*, 11(3), 199-212.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Jefatura de Estado. Publicado en: BOE número 313 de 29 de diciembre de 2004, 42166 a 42197.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Crítica.
- Montes-Berges, B. (2008). Tácticas para la resolución de conflictos y celos románticos en relaciones íntimas: adaptación y análisis de las escalas CTS2 y CR. *Estudios de Psicología*, 29(2), 221-234.
- Montilla, G. y Montes-Berges, B. (2009, octubre). *¿Cómo se percibe a las mujeres maltratadas?* Ponencia presentada al XI Congreso Nacional de Psicología Social, Sociedad, Trabajo y Medio Ambiente, Tarragona.

- Oficina de la Violencia Contra las Mujeres. (2009). *About domestic violence*. Disponible en <http://www.ovw.usdoj.gov/domviolence.htm>
- Organización Mundial de la Salud (1993) Asamblea General de las Naciones Unidas (1993) Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres. A/RES/48/104, 1994.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Resumen del informe: Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). *Violence by intimate partners*. En: World report on violence and health. Génova: OMS.
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures (2nd Ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2004). *Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México, D. F.: Editorial Pax México.
- Spielbergerer, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press (traducido al español por N. Seisdedos en 1982 y publicado por TEA Ediciones).
- Stickgold, R. (2002) EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 61-75.
- Torres, M. (2004). Familia. En J. Sanmartín (Coord.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 77-87). Barcelona: Ariel.
- Velasco Rigo, L. y Benito de los Mozos, A. I. (2007). *Tu seguridad nos importa...: manual de actuación policial en materia de violencia de género: conforme a la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Salamanca: Amarú.
- Walker, L. E. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*, 28, 21-29.
- Wilson, D. L., Silver, S. M., Covi, W. G. y Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(3), 219-229.

